Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

PETICIÓN DE AUDIENCIA
conforme Capítulo 388-02 para reglamentos de DSHS para audiencias imparciales
REQUEST FOR HEARING

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME	TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ENVÍE A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Pido una audiencia imparcial porque no estoy de acuerdo con la siguiente decisión del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS):

- Explique brevemente lo que DSHS hizo o no hizo (agregue más hojas de papel si necesita más espacio); y
- Adjunte una copia del aviso que está apelando si le fuera posible.

SU NOMBRE (IMPRIMA POR FAVOR)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	Nº DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO REGIONAL) ( ) ☐ TELÉFONO DE MENSAJES

Fui notificado/a de la decisión el: _____ por _____
FECHA NOMBRE Y LOCALIDAD DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo asistencia continua, si califico: ☐ Sí ☐ No Programa: _____

Soy representado/a por (si se representará a sí mismo/a, no llene los dos líneas siguientes):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN -- CALLE Y Nº CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

☐ **Autorizo que se ceda información sobre la audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA

¿Necesita intérprete u otra ayuda o acomodación para la audiencia? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿para qué idioma, o qué ayuda necesita? _____

Los Jueces de Ley Administrativa (ALJ's) podrían efectuar audiencias por vía telefónica. Si desea que su audiencia se cambie a una en persona, siga las instrucciones del Aviso de Audiencia que su OAH le enviará por correo.